



## GENK CHIROPRACTIC CENTER

Alle informatie die u ons bezorgd is strikt vertrouwelijk en wordt niet doorgegeven  
mits uw toestemming.

VOORNAAM: \_\_\_\_\_ ACHTERNAAM: \_\_\_\_\_

ADRES: STRAATNAAM \_\_\_\_\_

HUISNUMMER \_\_\_\_\_

POSTCODE + STAD \_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_

TELEFOONNUMMER: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

GESLACHT:  Mannelijk  Vrouwelijk

1. Van **welke symptomen** heeft u momenteel last? / Waarvoor wilt u chiropractische zorg?

---

---

2. **Wanneer** zijn de symptomen begonnen?

---

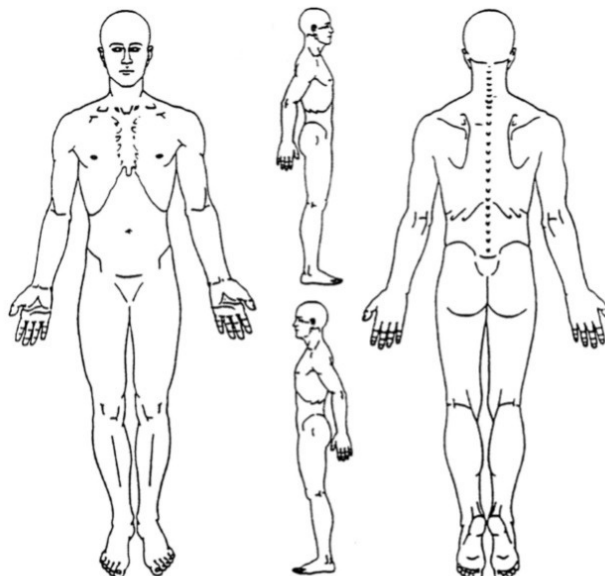
3. Hoe extreem zijn uw huidige symptomen op een schaal van 0-10? \_\_\_\_\_ (nummer)

4. Hoe vaak voelt u de symptomen?  Constant  Komt en gaat

5. Voelt u de pijn doorvloeien naar andere plaatsen in uw lichaam (radiatie)?

---

6. Waar voelt u de pijn? Duid de plaats(en) aan op de tekening.



## 7. Beoordeling van het systeem

Chiropractische zorg focust zich op de integriteit van het zenuwstelsel, die het hele lichaam reguleert. Kruis het vakje aan naast elke conditie die u momenteel heeft.

### A. Muscoskeletaal

- |                                       |   |   |  |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose  | <input type="checkbox"/> Voet-/ enkelpijn | <input type="checkbox"/> Schouderproblemen  | <input type="checkbox"/> Rugproblemen    |
| <input type="checkbox"/> Knieblessure | <input type="checkbox"/> Scoliose         | <input type="checkbox"/> Nekpijn            | <input type="checkbox"/> Heupafwijking   |
|                                       | <input type="checkbox"/> Artritis         | <input type="checkbox"/> Elleboog/ polspijn | <input type="checkbox"/> Slechte houding |

### B. Neurologisch

- |                                |                                    |                                       |   |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Depressie | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn    | <input type="checkbox"/> Tintelingen    |
|                                |                                    | <input type="checkbox"/> Duizeligheid | <input type="checkbox"/> Gevoelloosheid |

### C. Cardiovasculair

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> Hoge cholesterol   | <input type="checkbox"/> Angina                    |
|   |   | <input type="checkbox"/> Slechte circulatie | <input type="checkbox"/> Overmatige blauwe plekken |

### D. Ademhaling

- |                                |                                |                                     |   |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Apneu | <input type="checkbox"/> Emfyseem   | <input type="checkbox"/> Korte adem     |
|                                |                                | <input type="checkbox"/> Hooikoorts | <input type="checkbox"/> Longontsteking |

### E. Spijsvertering

- |                                |  |                                   |  |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Zweer | <input type="checkbox"/> Voedselgevoeligheid | <input type="checkbox"/> Maagzuur | <input type="checkbox"/> Constipatie         |
|                                |  | <input type="checkbox"/> Diaree   | <input type="checkbox"/> Anorexia/ Boulemlia |

### F. Zintuigen

- |                                     |                                    |  |   |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wazig zien | <input type="checkbox"/> Oorsuizen | <input type="checkbox"/> Gehoorverlies | <input type="checkbox"/> Reukverlies              |
|                                     |                                    | <input type="checkbox"/> Smaakverlies  | <input type="checkbox"/> Chronische oorontsteking |

### G. Huidaandoeningen

- |                                     |                                    |                                 |                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Huidkanker | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Haarverlies |
|                                     |                                    | <input type="checkbox"/> Acne   | <input type="checkbox"/> Uitslag     |

### H. Endocriene aandoeningen

- |                                       |                                       |  |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypoglykemie | <input type="checkbox"/> Lage energie | <input type="checkbox"/> Frequentie infectie | <input type="checkbox"/> Immuunstoornissen    |
|                                       |                                       | <input type="checkbox"/> Gezwollen klieren   | <input type="checkbox"/> Schildklierproblemen |

### I. Urogenitale aandoeningen

- |                                     |   |  |   |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nietstenen | <input type="checkbox"/> Onvruchtbaarheid | <input type="checkbox"/> Bedplassen        | <input type="checkbox"/> Erectieproblemen |
|                                     |   | <input type="checkbox"/> Prostaatproblemen | <input type="checkbox"/> PMS symptomen    |

### J. Aanvullend

- |                                      |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Flauwvallen | <input type="checkbox"/> Laag libido | <input type="checkbox"/> Verminderde eetlust | <input type="checkbox"/> Zwakheid                        |
|                                      |                                      | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid        | <input type="checkbox"/> Plotse gewichtstoename-/verlies |

## 10. Neemt u momenteel geneesmiddelen of supplementen? Indien ja, welke?

---

11. **Operaties** (Chirurgische ingrepen die al dan niet ziekenhuisopname omvatten)

- Appendix verwijdering
- Bypassoperatie
- Kanker
- Cosmetische chirurgie \_\_\_\_\_
- Oog chirurgie
- Hysterectomie
- Pacemaker
- Wervelkolom
- Amandelen verwijderd
- Vasectomie
- Andere:  
\_\_\_\_\_

10. **Aandoeningen** (Kruis de aandoeningen aan die u had of momenteel heeft.)

- AIDS
- Alcoholisme
- Allergieën \_\_\_\_\_
- Arteriosclerose \_\_\_\_\_
- Diabetes
- Epilepsie
- Hartziekte
- Multiple sclerose
- Andere: \_\_\_\_\_

12. Heeft u stress of werkdruk? Indien ja, in welke mate is dit aanwezig?

- 0           10
- Afwezig                      Matig                                      Hoog

13. **Hoe is uw slaapkwaliteit**

- Ik slaap de hele nacht ononderbroken door.
- Ik wordt vaak wakker.

14. **Wilt u nog iets vermelden die de chiropractor moet weten?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Handtekening** \_\_\_\_\_